

[令和5年度 第1回]

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔北多摩西部〕**

令和5年6月27日 開催

# 【令和5年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔北多摩西部〕

令和5年6月27日 開催

## 1. 開 会

○奈倉課長：定刻となりましたので、令和5年度第1回目となります、東京都地域医療構想調整会議、北多摩西部を開催いたします。本日はお忙しい中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の奈倉が進行を務めさせていただきます。

本会議は、Web会議形式で開催いたしますので、事前に送付しております「Web会議に参加にあたっての注意点」をご一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

本日の配布資料につきましては、事前にメールで送付しておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

それでは、開会にあたり、東京都医師会及び東京都より、ご挨拶を申し上げます。東京都医師会、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

日中の業務のあとにお集まりいただきありがとうございます。

今回の調整会議のメインの話は、紹介受診重点医療機関になりますが、これは、医師の働き方改革に関する話でもあります。

外来が忙しいため、入院のほうに注力できないということがあると思います。そこで、この紹介受診重点医療機関は、外来の受診を少なくして、入院のほうに力を注いでほしいという意図があってつくられたものです。

そして、病院ごとの機能分化を進めていくということが趣旨になりますので、東京都医師会としては、できるだけ多くの医療機関、特に特定機能病院、地域医療支援病院にはぜひなっていたいただきたいと思います。

そして、なれる力のある病院は、紹介受診重点医療機関にぜひなっていたいただければと思っています。

ただ、この調整会議は年に2回行っていますが、今年度分を第1回で行って、秋以降に開催の第2回のときに、来年度分の紹介受診重点医療機関のお話をしてもらうという形になっています。

それでは、きょうはどうぞよろしく願います。

○奈倉課長：ありがとうございました。

続いて、東京都福祉保健局医療政策担当部長の岩井よりご挨拶申し上げます。

○岩井部長 本年4月1日付で、医療政策担当部長に着任しました岩井と申します。

構成員の皆さま方におかれましては、日ごろから東京都の保健医療政策に多大なるご協力を賜りまして、まことにありがとうございます。

また、本日はご多用の中、会議にご出席いただき、重ねて御礼申し上げます。

本日の会議では、土谷先生からもお話がございましたが、紹介受診重点医療機関に関する協議を初め、地域の外来医療提供体制の課題などに関する意見交換、2025年に向けた対応方針に関する協議を行う予定でございます。

そのほか、報告事項が何点かございます。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等をちょうだいできればと思いますので、どうぞよろしく願います。

○奈倉課長：本会議の構成員についてですが、お送りしております委員名簿をご参照ください。

なお、昨年度に引き続き、オブザーバーといたしまして、「地域医療構想アドバイザー」の先生方にもご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

本日の会議の取扱いについては、公開とさせていただきます。

傍聴の方々が、Webで参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料については、後日、公開させていただきますので、どうぞよろしくお願いたします。

それでは、これ以降の進行を香取座長にお願いいたします。

## 2. 議 事

### (1) 紹介受診重点医療機関について

○香取座長：座長の、立川市医師会の香取でございます。

では、早速議事に入らせていただきます。1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。東京都から説明をお願いします。

○東京都(事務局)：それでは、資料1-1によりまして説明させていただきます。

本件につきましては「協議」となります。北多摩西部の医療機関の中から、紹介受診重点医療機関を決めるための協議を行います。

私からは、この協議の位置づけとスケジュール、及び協議の方針の3点について、説明させていただきます。

まず、協議の位置づけですが、令和4年度の外来機能報告において、各医療機関が、外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関になる意向があるかなどについて報告しております。

その報告内容に基づき、この資料の右側に記載されている「地域の協議の場」において、当該の紹介受診重点医療機関を決めるとされており、この「地域の協議の場」というのが、今回の調整会議ということになります。

次に、スケジュールですが、調整会議における協議を踏まえまして、8月1日に、都のホームページで、紹介受診重点医療機関の一覧を公表する予定としております。

この都における公表の日から、診療報酬の算定などが可能となります。

最後に、協議にあたっての方針について説明いたします。

協議においては、まず、協議の方針について、この資料に記載のとおりとしてよろしいかを確認いたします。

次に、その協議の方針に基づいて、個別の医療機関の状況を確認し、紹介受診重点医療機関を決めるという流れで進めたいと思います。

その協議の方針ですが、第1に、紹介受診重点医療機関になりたいという意向があり、かつ、国が示す基準を両方満たす場合は、原則どおり認める。

第2に、意向はあるが、基準を両方満たしていないという場合であっても、基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準を両方満たす場合は、協議によって認める。

このようになっております。

ここで、国が示す「基準」というのは、初診と再診に占める医療資源を重点的に活用する外来の割合が、それぞれ40%、25%以上というもので、この医療資源を重点的に活用する外来というのは、例えば、外来化学療法加算やCT・MRI撮影及び悪性腫瘍手術などを算定したものが該当します。

国が協議にあたって定めている基準は、これだけになります。

その上で、国が示す「水準」というのは、紹介率が50%以上及び逆紹介率が40%以上です。

水準といっているのは、国としても、基準を満たさない場合であっても、この紹介率と逆紹介率の状況などを踏まえて、地域の実情に応じて認めてよいとしていることから、「水準」として示されているものになります。

なお、医療機関の意向を第一に尊重することから、これらの基準を満たすけれども、そもそも意向がないという場合は、紹介受診重点医療機関とはしない方針ですが、この協議の中で、特に「なるべきではないか」とされた場合は、都において、個別に意向を再確認の上、別途、再協議を行うことといたします。

以上の取扱いを表にまとめており、表の赤枠で囲んだ部分、分類としては①及び②に合致する医療機関を、紹介受診重点医療機関として位置づけることにしたいと思っております。

都内の圏域ごとに、その協議結果に大きなばらつきが出ないように、原則としてはこの方針で行いたいと存じます。

各医療機関の基準への適合状況につきましては、資料1-2にまとめております。

最後に、特定機能病院と地域医療支援病院に関する国の考えですが、これらの病院の性格からすると、基準を満たすことが想定されており、基準を満たすという場合については、原則として紹介受診重点医療機関になることが望ましいと位置づけられております。

説明は以上です。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、早速協議に移りたいと思います。

まず、紹介受診重点医療機関に関する協議の方針については、東京都が説明されたとおりに進めることとしてよろしいでしょうか。

何かご意見はございますでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、次に、個別の医療機関について協議を行いたいと思います。

協議の方針に従い、本圏域において紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、何かご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

では、立川病院の片井先生、ご意見はございますでしょうか。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院、院長）：「意向」に○をしておりますし、先ほどの東京都のご提案に賛成でございます。

○香取座長：ありがとうございます。

初めての仕組みなので、分からないことがいろいろあるかと思いますが、今後危惧する、あるいは問題点となるようなことは、何かありますでしょうか。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院、院長）：患者さんは、この紹介受診重点医療機関と地域医療連携病院の区別が分からないのではないかと思いますので、その役割とかを都民にきちんと分かるようにしていただきたいと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

続いて、災害医療センターの伊藤先生、いかがでしょうか。

○上村（かみむら）（国立病院機構災害医療センター、統括診療部長）：院長の友の代わりに副院長の伊藤が出席の予定でしたが、都合が悪くなったため、統括診療部長の上村が、代理で出ております。

特に異論はございません。地域連携重点病院との差が、片井先生が言われたように、患者さんが混同されがちかとは思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

続いて、東大和病院の野地先生、いかがでしょうか。

○野地（東大和病院、院長）：当院も「意向あり」ということで、手挙げをさせていただきます。

先ほどからご意見が出ていますように、事前調査票にも書かせていただきましたが、患者さんにご理解願うのが難しいようになってきていますので、行政のほうで一括してまとめていただければと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

では、立川相互病院の高橋先生はいかがでしょうか。

○高橋高橋（立川相互病院、院長）：当院も紹介受診重点医療機関に入れていただくという意向を示したわけですが、再診の基準が25%に達していないというところが問題になっています。

ただ、これは、化学療法だけを行うスペースがないものですから、法人内の診療所で行っているために、再診率が低くなっているのではないかと考えております。

これは、すぐには解決しませんが、その辺をご理解いただきたいと思います。

それから、7年前にこちらに新築移転してきたときから、外来については、紹介と救急を軸に行うということで、自身での外来の初診は、なるべくとらないと

いう方針でやってきておりますので、東京都からご説明いただいた紹介受診重点医療機関の趣旨に、全く賛同しております。

○香取座長：ありがとうございました。

続いて、村山医療センターの谷戸先生、意向があるが、基準に適合していなかったということですが、今後はどのようにお考えでしょうか。

○谷戸（ヤト）（国立病院機構村山医療センター、院長）：うちの病院は特殊性があって、脊椎、脊髄、あるいは整形外科の手術に関しては、非常に件数が多いのは事実ですが、脊髄損傷、側弯症、脊椎カリエス、脊髄腫瘍などといった、特殊な病態を多く扱っています。

そうすると、ほかの病院に紹介したりすることが厳しいですし、何年もかけて経過を診ていかないといけないので、再診がどうしても増えてこないというのが現状です。

そのため、この基準のパーセンテージには達しないので、残念ながら、うちの病院は、この基準にはあてはまらないのではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

では、もう一度、立川病院の片井先生にお伺いします。

逆紹介が難しいというような問題がありますが、その辺のご苦労とかはございますでしょうか。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院、院長）：この数字の出し方が分からないんですが、「紹介」というのは、高度な医療を提供した人だけの紹介ということでしょうか。「逆紹介」についても、そういう人たちだけの逆紹介でしょうか。

というのは、通常では紹介率が90%を超えていて、逆紹介率も60%を超えていますが、その辺はいかがでしょうか。

○奈倉課長：東京都の事務局でございます。

紹介率と逆紹介率についてご質問がございましたので、制度のご説明をさせていただきます。

まず、外来機能報告における紹介率、逆紹介率でございますが、地域医療支援病院において指標となっております「紹介患者数」「初診患者数」「逆紹介患者数」は、同じ定義を使っております。

ただ、違いとしてございますのは、令和4年7月のデータを、国が報告させておりますので、年間をならしてみますと、紹介率も逆紹介率ももっと高い病院さんがたくさんあると思いますが、そういう制度的な制約で、皆さまが病院の中でご報告を受けていらっしゃるのと違う数字が、ここに出てきているという場合もございます。

ですので、先生がご覧になって、「違う」と思われるとすると、令和4年7月の単月の数字ということで、普段の数字と乖離があるのではないかと思います。

ちなみに、令和5年度の報告では、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間のデータ、令和6年度以降の報告については、前年度の12か月間のデータを、国では報告させる予定という通知が来ております。

ですので、今年度の第2回調整会議で行われる場合では、今回の報告データよりは是正されてくるのかなと思っております。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院、院長）：うちの医事課の者が今いないので、よく分からないんですが、ただ、余りにも違いがありますよね。

○奈倉課長：そうですね。

あと、違いがあるとしたら、厚生局に出されている初診患者数とか外来の患者数で出してくる場合は、救急車等も入ってきますが、そちらが施設基準のところとは違いますので、地域医療支援病院のところでは、外れるような形になっております。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院、院長）：恐らくそうだと思います。分かりました。

○香取座長：ありがとうございました。

災害医療センターでは、逆に、紹介率を満たしていないということですが、上村先生、この辺はいかがでしょうか。

○上村（かみら）（国立病院機構災害医療センター、統括診療部長）：救急車を入れると80%ぐらいになっていますので、我々が普段見ている紹介率、逆紹介率と余りにも乖離しているので、私も首をかしげていたところですが、大体のことは分かりました。

ただ、去年の7月というと、コロナの影響をかなり受けていたのではないかと思います、その可能性はいかがでしょうか。

○香取座長：東京都のほうから説明をお願いしますでしょうか。

○奈倉課長：おっしゃるとおりでして、他圏域でも同じようなご意見をちょうだいしております、私どももそのとおりだと思っております。

国がどうしてこの7月という単月だけを選んだのかということが、分かりかねるところではございますが、恐らく、病床機能報告の基準日が入っている月と同じ月という形にしたのではないかと思います。

ですので、影響が出ているということは、ご指摘のとおりかと思っております、確かに、その単月で評価することの問題点について、私どもも感じておりますので、次のときから、それが複数月報告されることで、是正されるようになるのが望ましいと思っております。

○上村（かみら）（国立病院機構災害医療センター、統括診療部長）：分かりました。

ありがとうございます。

○香取座長：いろいろなご意見をいただきありがとうございました。

初めてのことなので、基準等がもう少し妥当なものになっていくかとは思われます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、今回は、適合状況①の、国家公務員共済組合連合会立川病院、独立行政法人国立病院機構災害医療センター、医療法人社団長尽会長久保病院、東大和病院と、②の立川相互病院について、紹介受診重点医療機関として認めるということによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございます。

それでは、今のご意見を踏まえて、東京都から何かご発言はありますでしょうか。

○岩井部長：いろいろご意見をいただきありがとうございました。

紹介受診重点医療機関の討議で決まりました医療機関さんにつきましては、公表に向けて準備を進めてまいりたいと思いますので、引き続きよろしくお願いたします。

○香取座長：では、次の議事に進みたいと思います。

## (2) 外来医療提供体制について

○香取座長：議事の2つ目は、「外来医療提供体制について」です。東京都から説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料2-1により、外来医療提供体制について説明させていただきます。本件については意見交換であり、何かを決めるというものではございません。

令和2年度に策定した外来医療計画により、外来医療を担う医師の自主的な行動変容を促してきましたが、今年度は、紹介受診重点医療機関の制度が開始されるとともに、外来医療計画を改定する年に当たります。

そこで、今回の調整会議では、次の①及び②について、事前調査の回答などを参考に、意見交換をさせていただきたいと思います。

構成員の皆さまのさまざまなお立場から、地域の外来医療提供体制についてご意見をいただき、情報の共有や理解の共有などを図るとというのが目的です。

1点目は、外来医療全体に関する課題について、2点目は、紹介受診重点医療機関の仕組みを円滑に機能させるために、現状課題となっていることについて、ご議論いただきたいと思います。

なお、議論の一つの参考資料として、無床診療所を含む都内の医療機関の医療提供状況をお示しするために、SCRのデータをスライドに掲載しております。

SCRとは、国のナショナルデータベースを活用して、各診療行為の地域差を“見える化”した指標であり、性別と年齢構成の違いを調整したスコアとして、算出されています。

この数値の見方としては、100が全国平均の医療提供状況を示し、100を上回ると、性別と年齢を調整後の人口規模に対して、当該地域の医療提供が多いこと、100を下回ると少ないということを意味しています。

こちらに掲載している「特定疾患療養管理料」などの項目は、国が地域の外来機能の明確化や連携の推進のために、参考になり得る項目として、外来機能報告においても、各医療機関に報告を求めている項目です。

当然ながら、このデータが地域の状況を完全に示しているということではなく、あくまで一つの参考であり、このほか、事前調査の回答なども踏まえて、意見交換をお願いしたいと思います。

最後になりますが、このたびは、事前調査の回答にご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

説明は以上になります。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、早速意見交換に移りたいと思います。ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

私は、一開業医ですが、こちらから病院さんに紹介するという場合は、非常にスムーズに行っておりますが、先ほど、村山医療センターの谷戸先生からも、逆紹介がなかなか難しいというお話もいただいております。

谷戸先生、逆紹介をスムーズにさせるために、何かお考えはございますでしょうか。

○谷戸（国立病院機構村山医療センター、院長）：疾患の特殊性がありますので、例えば、側弯症の患者さんというのは、来てから手術するまで数年かかることが多いですし、手術したあとも、数年は診ていかなければいけません。

また、脊髄腫瘍は、再発に対して診ていけないといけないので、数年は通ってもらって、うちでMRIでチェックする必要があります。

そういう状況ですから、「手術したから、あとはよろしく」と言って、ほかの病院に送るということは、なかなか難しいと考えています。

また、脊髄損傷とかの特殊な疾患は、ほかで診てもらうのは厳しいのではないかと考えていて、よほど安定した人の場合には、近くのクリニックにお願いすることはありますが、うちに来るのは、高度な麻痺を持っている人が多いので、工夫はしていますが、急にこのパーセンテージを上げるのは難しいと思っています。

○香取座長：ありがとうございました。特殊性のある病態については、いろいろ考える必要があるということがよく分かりました。

それでは、武蔵村山病院の鹿取先生、逆紹介率の現状はいかがでしょうか。

○鹿取（武蔵村山病院、院長）：当院は武蔵村山市にありまして、地域の医師会と連携をうまくやっているとは思っていますが、およそ30の開業医の先生のみで、人口は7万人ですから、数が少ないというのが現状です。

ですから、逆紹介したくても、それができないという物理的な問題もございまして、一律になかなか論じられないところがあります。

また、この資料2-1のSCRのデータを見ますと、武蔵村山市は非常に足りているように見えますが、こういう管理料をしっかりと取っておられる開業医の先生方がおられることから、こういうふうになっているのかなと思っていますので、地域の実情を正確に反映しているとは思えないと感じております。

○香取座長：ありがとうございました。

逆紹介もなかなか難しいという実情のお話をお伺いすることができました。

それでは、東大和病院の野地先生、逆紹介についてご発言をお願いいたします。

○野地（東大和病院、院長）：当院は、医師の体制が急に変わって、診療科の総入替えとかもあって、なかなか難しい状況になっているところがあります。

それから、以前から課題として持っていたことですが、患者さん側の意向で、「継続してこちらにかかりたい」という方が多くて、逆紹介を勧めても、なかなかうまくいかない場合が結構あります。

これは、患者さんへの啓蒙を実施することで、ある程度は解決できるかもしれませんが、患者さんが簡単に、「はい、分かりました」と言われなことが多いので、なかなか難しいところがあると思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

国分寺市の状況をお聞きしたいと思ったのですが、国分寺病院さんも国分寺内科中央病院さんも、まだお入りになっていないようですので、昭島病院の上原先生はいかがでしょう。

○上原（昭島病院、院長）：当院においても、逆紹介はなかなか難しいですが、例えば、高血圧の患者さんが、消化器のほうで紹介されて、こちらで診断したり検査したりする患者さんは、意外にスムーズに逆紹介ができていると思っています。

ただ、同じ疾患で紹介された患者さんは、ほかの病院のお話と一緒に、患者さんが戻りたがらないというのが現状で、その辺が逆紹介が難しいところだと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、うしお病院の森川先生はいかがでしょう。

○森川（うしお病院、院長）：患者さんは大きな病院がいいということで、離れたがらないということが、一つ問題としてあると思います。

コロナ以前は、災害医療センターさんのカンファレンスに参加させていただいて、そこで、回診を一緒にさせていただいたりしたことがありますが、そうすると、つながりがちょっとできて、そういうところで会った患者さんは、比較的うまく逆紹介で来られるということがありました。

ですから、そういう目に見える連携の取組みがあればいいと思っていますので、コロナが落ち着いてきたので、またそういうことを再開していければと思っています。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、西砂川病院の柳先生、いかがでしょうか。

○柳（西砂川病院、理事長）：当院の場合、紹介されるということは余りないため、逆紹介のパターンも余りないような感じです。

ですので、地域の大きな病院さんと違って、当院はこじんまりとしてやっておりますので、逆紹介が難しいとかいうような時限の話については、当院は合致しなくて、入院のほうがメインになっております。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、立川相互病院の高橋先生、逆紹介についてはいかがでしょうか。

○高橋（立川相互病院、院長）：一つは、患者さんを説得するのがなかなか大変だということと、当院は若い医者が多いものですから、自分が診た患者さんを手放すのが大変だということもあって、逆紹介がなかなか進まないところがあります。

特に、ER（救急医療）で来られた患者さんの場合、入院しなくて返せる患者さんは、地域のクリニックの先生方に極力お願いしようということで、救急室に地域の先生方の地図を貼り出したりして、逆紹介を勧めるように努力しております。

○香取座長：ありがとうございました。

では、立川病院の片井先生、逆紹介についてはいかがでしょうか。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院、院長）：地域のクリニックの先生はよく受けていただくので、そちらの問題はないと思っております。

あと、立川相互病院の高橋先生が今お話しされたように、患者の啓蒙と医師の啓蒙の両方が必要だと思っています。

特に、混んでいる外来の場合、患者さんから「ほかのクリニックに戻りたくない」と言われた場合、それを説得するのにすごく時間がかかってしまうので、それよりも、「また半年後にいらっしやい」とか言ったほうが、その日は楽でしょうがないという状況になるわけです。

つまり、多くの患者さんを抱えている医師のほうが、逆紹介が少ないということもあります。

そのため、新規の予定入院の患者さんに関しては、最初に、入退院センターで、「当院は、基本的には逆紹介する病院だ」ということを説明するようにして、患者さんにできるだけ問題が起こらないようにしながら、逆紹介に応じていただくという取組みを始めたところではあります。

ただ、入退院センターのスタッフも少ないので、手が回らないという状況もございます。

○香取座長：ありがとうございました。

では、災害医療センターの上村先生、逆紹介についてはいかがでしょうか。

○上村（国立病院機構災害医療センター、統括診療部長）：逆紹介については、徐々にプロモートされていきつつあるような印象を持っております。

十年ぐらい前よりは、患者さんが理解されるようになってきたと思っておりますが、呼吸器内科でいうと、がんだとか、間質性肺炎だとかの専門性を問われるところでは、逆紹介はなかなか進まないということも事実です。

ぜん息だとかCOPD（慢性閉そく性肺疾患）といった患者さんは、極力お返しするというので、何とかやっております。

それから、外来患者さんが多いと、その場で説得して、情報提供書を書いたりする余裕がないので、忙しければ忙しいほど、余計抱え込んでしまう場合もあります。

○香取座長：ありがとうございました。

活発なご意見をたくさんいただきありがとうございました。

東京都のほうから、今の意見交換を踏まえて、何かご発言はありますでしょうか。

○岩井部長：先生方からさまざまな観点からご意見をちょうだいし、大変ありがとうございました。

今年度は、外来医療計画の改定の年でもありますので、十分参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

○香取座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

### **(3) 2025年に向けた対応方針について**

○香取座長：次の議題は、「2025年に向けた対応方針について」です。では、東京都からご説明をお願いいたします。

○事務局：それでは、資料3-1により、2025年に向けた対応方針について説明いたします。

本件については、協議となります。

国の通知に基づきまして、各医療機関が2025年における役割や機能ごとの病床数などを、対応方針として提出しており、その提出された対応方針を、それぞれの圏域において確認し、合意を諮るということが目的ですが、この議事につきましては、昨年度の第2回の調整会議でも取り扱いました。

前回の調整会議時点で提出があったものは、その方針を尊重する形で、全て合意が得られておりました。今回は、そのあとに対応方針の提出があったものや、前回から内容を変更したものについて、同様に確認と合意を行うというものです。

具体的には、資料3-2-1と3-2-2において、今回の協議の対象となる医療機関名を、水色で表示しております。

前回と同様に、圏域としての合意を諮っていただきますようお願いいたします。

なお、補足でございますが、こちらの北多摩西部の圏域におきましては、前回から追加で提出があった医療機関はございません。

ただ、前回提出された内容を変更した医療機関がございまして、立川相互病院さんの1件が該当になりますので、この1件についてご確認いただいた上で、圏域として合意を得ていただければと思います。

説明は以上です。

○香取座長：ありがとうございました。

この圏域においては、変化がなかったということですが、立川相互病院で変化があったということですので、高橋先生、いかがでしょうか。

○高橋（立川相互病院、院長）：今年の秋に、地域医療支援病院の指定を申請する予定にしております。うまくいけば、来年度から指定されるのではないかと考えております。

先ほどご承認いただきました紹介受診重点医療機関とかぶるような制度かなど、理解しておりますが、いずれにしても、紹介の患者さんを中心に診ていく医療機関として、今後やっていきたいと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、各医療機関の対応方針については、調整会議で確認及び合意を諮ることとされていますので、皆さまにお諮りいたします。

昨年度の調整会議と同様の取扱いですが、各医療機関の対応方針を圏域として2025年に向けた対応方針として合意するというところでよろしいでしょうか。

なお、有床診療所については、病床数が少なく、圏域に与える影響は軽微であることから、令和4年度病床機能報告により報告している場合は、確認票の提出があったものとみなし、今回の合意に含めるということによろしいでしょうか。

このような取扱いとすることによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございました。

では、この件について北多摩西部では合意したということにさせていただきます。

それでは、次に進ませていただきます。

### 3. 報告事項

#### (1) 非稼働病床の取扱いについて

#### (2) 医師の働き方改革について

#### (3) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○香取座長：「3. 報告事項」については、時間の都合もありますので、(3)は資料配布で代えるとのことです。

こちらについて何かご質問、ご意見がありましたら、後日、東京都に、アンケート様式等でご連絡ください。

その他の報告事項につきましての質問等は、最後にまとめてお願いいたします。

それでは、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（医療安全課長）：福祉保健局医療安全課長の坪井から、資料4でご説明申し上げます。

医療機関において「非稼働病棟等」となっているものがあれば、稼働をお願いという取組みでございます。

この取組みは、平成30年度から開始しておりますが、令和2年度から令和4年度につきましては、新型コロナウイルス感染症にご対応いただいているということもありまして、実施してございませんでした。

今般、感染症法上の位置づけが変更されたことから、令和5年度改めて、こちらの解消へのご協力をお願いするものでございます。

「1. 目的」につきましては、「配分されている既存病床が各医療機関において適切に稼働運営されること」となっております。

「2. 対象の医療機関」は、「令和4年3月31日以前より、1度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される非稼働病棟等を有する病院」とさせていただいております。

「3. 対象の医療機関が行うこと」についてです。

(1)令和6年3月31日までに稼働しない病床を稼働して、病棟等を再開する。

(2)非稼働病棟等の「具体的対応方針」を東京都に提出する。

このようにしております。

上記の(1)と(2)の見通しが立っていない場合は、速やかに都までご連絡をいただきたいと考えております。

また、「4. 令和6年3月31日までに、「3」の(1)、(2)を行わなかった場合」についてです。

この場合は、地域医療構想調整会議にご出席いただき、病棟等を稼働していない理由、また、当該病棟等の今後の運用見通しに関する計画について、ご説明をお願いしたいと考えております。

この調整会議のあと、国通知「地域医療構想の進め方」の1.(1)のイのとおり、医療法の規程に基づきまして、病床数を削減することを内容とする要請等の対応をお願いする場合がございます。

こういった形になっております。

なお、対応の流れにつきましては、別紙1のとおりでございますので、後ほどご確認いただければと思います。

本件に関するご報告は以上です。

○香取座長：ありがとうございました。

続きまして、(2)の医師の働き方改革についての説明をお願いいたします。

○事務局(医療人材課長):福祉保健局医療政策部医療人材課長の太田と申します。  
よろしくお願いいたします。

資料5につきまして、「令和5年度医師の働き方改革に係る準備状況調査結果」  
についてご報告申し上げます。

こちらは、4月に実施しました調査の結果でございます。

調査期間は、こちらのとおりですが、未回答の医療機関さんには、提出の依頼  
を行いまして、6月9日までにご回答いただいたものを集計いたしました。

回答率は、都内の637病院のうちの532病院で、83.5%で、三次救急  
を初めとする救急医療機関では、89.0%となっております。

調査にご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

続きまして、特例水準の申請状況をご覧ください。

円グラフのとおり、「申請予定」が9%、「検討中」が4%となっております。

医療機関の数で申し上げますと、「申請予定」が50医療機関、「検討中」が1  
9医療機関となっております。

申請予定の水準は記載のとおりでございます。

2ページ目をご覧ください。円グラフの左側が、「時間外・休日労働時間の把握  
状況」で、右側が、「宿日直許可の取得・申請状況」でございます。

この資料の上段が今回の調査結果で、下段には、昨年度の調査結果を、参考と  
して掲載いたしました。

5年度の状況ですが、「時間外・休日労働時間の把握状況」は、「副業・兼業も  
含めて把握している」とした病院は55%、「宿日直許可の取得・申請状況」は、  
「取得済み」が42%で、「申請中で結果待ち」が11%で、こちらを併せますと、  
53%となっております。

昨年度の調査では、「副業・兼業も含めて把握している」とした病院は26%で、  
「宿日直許可の取得・申請状況」は、「取得済み」と「申請中で結果待ち」を併せ  
ても27%でしたので、医療機関の働き方改革の取組みが進んでいることが分か  
ります。

3 ページ目には、圏域別の回答率、4 ページには、圏域別の「宿日直許可の取得・申請状況」をお示ししておりますので、後ほどご覧いただければと存じます。  
ご説明は以上になります。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、今の報告事項につきましてご質問などがある方はいらっしゃいますでしょうか。

では、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

病院の先生方におかれましては、医師の働き方改革については非常に関心の高いところだと思います。

これまでは、2つのことをお話ししてきました。

1つは、宿日直許可の取得についてです。これが取れないと、なかなか派遣してもらえないとか、引上げとかいった話が出てきているところですが、この点については意識が高まってきて、取得も進んできています。

もう1つは、時間外労働が960時間を超えるための水準の申請についてです。

B水準、C1・C2水準の話になりますが、こちらについても、申請しないといけない医療機関におかれましては、申請が進んでいっているところです。

今後どうなるかを考えてみますと、どこかにひずみがあるはずで、どこに来るかという、休日夜間の救急体制に影響が出る可能性があるかと、当初から言われていたことではあります、懸念されています。

アンケートの中の自由記載の部分を見てみますと、今回は発表はありませんでしたが、特に、脳梗塞などの脳血管障害の領域と、心筋梗塞などの循環器の領域になります。

来年4月以降、今でさえ大変な状況の中で、この2つの領域がうまく対応できるかどうかという問題が、大きく浮かび上がってきています。

東京都医師会としても大きな課題として、関係方面と協議を重ねているところですが、地域におかれましても、うまくやっていけるように、ご協力いただければと思っていますので、よろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

報告事項についてご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

なお、この調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でも構いませんので、「情報提供を行いたい」という先生方がいらっしゃいましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

## 4. 閉 会

○奈倉課長：皆さま、本日は活発なご議論をいただきまして、まことにありがとうございました。

最後に、事務連絡をさせていただきます。

本日の会議で扱いました議事の内容について、追加でのご質問やご意見がある場合には、事前に送付させていただいておりますアンケート様式を使って、東京都あてにお送りください。

また、We b会議の運営方法等については、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただきまして、東京都医師会あてに、会議終了後1週間以内にご提出ください。

それでは、本日の会議はこれで終了となります。長時間にわたりまことにありがとうございました。

(了)